

ma da excelentes resultados, el número de dosis utilizadas es muy superior a cuando se emplea la terapia semanal y prácticamente se obtienen los mismo resultados. Nosotros consideramos que justamente por la particular farmacocinética del fluconazol es posible usar dosis semanales, con las que se obtienen buenos resultados y menores efectos colaterales con un mínimo número de dosis.

Por lo que respecta a la tolerancia, sólo obtuvimos un efecto colateral mínimo que no hizo necesario retirar el medicamento. En general el fluconazol es un medicamento altamente seguro, con mínimos efectos colaterales; en una serie de estudios los más reportados son problemas gástricos como náusea, vómito y dispepsia, así como cefaleas moderadas. En general los efectos secundarios no superan el 5% de los casos y se considera que son mucho menores cuando se utiliza en dosis semanales que en terapia continua, de aquí que se considere que este esquema de tratamiento también disminuye de forma importante los efectos secundarios del fármaco.

Conclusiones

El fluconazol en dosis intermitentes o semanales es efectivo en la tiña seca de la cabeza producida por *M. canis* y *T. tonsurans*. A las dosis de 4-6 semanas se obtuvo una curación de 94,3%. Es un medicamento seguro, pues presentó un solo efecto colateral. Se considera como una nueva alternativa, cómoda, efectiva y segura de terapia en la tiña de la cabeza. ☺

REFERENCIAS

1. Elewski BE. Tinea capitis: *A current perspective*. J Am Acad Dermatol 2000; 42: 1-20
2. Gupta AK, Summerbell RC. Tinea capitis. Med Mycol 2000; 38: 255-287
3. Frieden IJ, Howard R. Tinea capitis: *epidemiology, diagnosis, treatment and control*. J Am Acad Dermatol 1994; 34: 542-546
4. Bonifaz A, Perusquía A, Saúl A. *Estudio clínico-micológico de 125 casos de tiña de la cabeza*. Bol Med Hosp Infant Mex 1996; 53 (2): 72-78
5. Higgins EM, Fuller LC, Smith TH. *Guidelines for management of tinea capitis*. Br J Dermatol 2000; 143: 53-58
6. Elewski BE. *Treatment of tinea capitis: beyond griseofulvin*. J Am Acad Dermatol 1999; 527-530
7. Cáceres-Ríos H, Rueda M, Ballona R, Bustamante B. *Comparison of terbinafine and griseofulvin in the treatment of tinea capitis*. J Am Acad Dermatol 2000; 42: 80-84
8. Gruseck E, Splanemann V, Bleck O *et al*. *Oral terbinafine in tinea capitis in children*. Mycoses 1996; 39: 237-240
9. Gupta AK, Adam P, Dlova N *et al*. *Therapeutic options for the treatment of tinea capitis caused by Trichophyton species: griseofulvin versus the new oral antifungal agents terbinafine, itraconazole and fluconazole*. Pediatr Dermatol 2001; 5: 433-438
10. Mohrenschrager M, Schnopp C, Fesq H *et al*. *Optimizing the therapeutic approach in the tinea capitis of childhood with itraconazole*. Br J Dermatol 2000; 143: 1011-1015
11. Gupta A, Hofstader SL, Summerbell RC *et al*. *Treatment of tinea capitis with itraconazole capsule pulse therapy*. J Am Acad Dermatol 1998; 39: 216-219
12. Gupta AK, Solomon RS, Adam P. *Itraconazole oral solution for the treatment of tinea capitis*. Br J Dermatol 1998; 139: 104-106
13. Faergemann J. *Pharmacokinetics of fluconazole in the skin and nails*. J Am Acad Dermatol 1999; 40: 514-520
14. Solomon BA, Collins R, Sharma R *et al*. *Fluconazole for the treatment of tinea capitis in children*. J Am Acad Dermatol 1997; 37: 274-275
15. Gupta AK, Adam P, Hofstader SLR *et al*. *Intermittent short duration therapy with fluconazole is effective for tinea capitis*. Br J Dermatol 1999; 141: 304-306
16. Gupta AK, Dlova N, Taborda P *et al*. *Once weekly fluconazole is effective in children in the treatment of tinea capitis: a prospective, multicentre study*. Br J Dermatol 2000; 142: 965-968
17. Montero Gei. *Fluconazole in the treatment of tinea capitis*. Int J Dermatol 1998; 37: 870-873